

2016 Febrero, 6(1): 1-1

## SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO

Roccia ML; Montero G; Calderón JA; Romanos DR; Navarro CR

Policlínico Neuquén. Rivadavia 250. Neuquén Capital – Neuquén. 8300.  
marialauraroccia@gmail.com

El Síndrome Retroviral Agudo (SRA) o primoinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se define como un conjunto de fenómenos inmunológicos y virológicos que se desarrollan desde el momento en que virus ingresa al organismo hasta que la viremia y el recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica se estabiliza<sup>1</sup>. Su sintomatología en más del 50% de los pacientes<sup>2</sup> suele pasar inadvertida por la baja especificidad del cuadro clínico (símil cuadro mononucleósico o gripal), su curso habitualmente benigno y su baja tasa de hospitalización. Suele suceder de dos a cuatro semanas luego de la inoculación, y puede durar de tres días a diez semanas.

El diagnóstico precoz de SRA es de escasa frecuencia por el bajo índice de sospecha y la ausencia de anticuerpos específicos anti – VIH 1 detectables en la fase inicial de la infección<sup>3</sup>. Su diagnóstico se basa en la detección del ARN viral, Ag p24 positivo (LR positivo 0,71 y LR negativo -0,7)<sup>4</sup> presentes en los ELISA de cuarta generación y Western blot negativo.

La importancia de un diagnóstico oportuno es el inicio temprano de la terapia antirretroviral para restaurar las respuestas inmunes celulares específicas, restricción del daño al sistema inmune, evitar la diseminación viral, reducir la probabilidad de progresión a enfermedad, y protección de las células presentadoras de antígenos.

En esta oportunidad se presenta un caso de diagnóstico precoz de Síndrome Retroviral Agudo en un paciente de 33 años internado en el Servicio de Clínica Médica por cuadro de Neutropenia febril.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 33 años con antecedentes conocidos de Epilepsia en tratamiento con Oxacarbamazepina y Fenobarbital, que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva en junio del 2014 por cuadro de Neutropenia febril con traumatismo de cráneo secundario a cuadro de convulsión tónica clónica. Se solicitó laboratorio que mostró neutropenia, Tomografía Computada (TC) de cráneo, serología para HIV no reactiva (realizada con ELISA de 4ta generación), y cultivos de sangre y orina negativos.

El paciente presentó edema y dolor a la palpación de testículo izquierdo, por lo que se realizó ecografía testicular que informó aumento del tamaño y heterogeneidad del testículo izquierdo, además de aumento de tamaño y de la vascularización del epidídimo izquierdo; conclusión: Epididimitis izquierda. Se inició tratamiento antibiótico con Ceftriaxona – Levofloxacina, con lo que se observó franca mejoría del paciente y se decidió su pase a Sala General con diagnóstico de Neutropenia febril por freno medular secundario a sepsis en contexto de epididimitis.

En Clínica Médica el paciente no presentó interurrencias y se otorgó el alta institucional con tratamiento antibiótico oral.

A los seis días del alta el paciente reingresó a la institución por el Servicio de Guardia Externa por cuadro febril de 48 hs de evolución sin foco evidente. Se solicitó nuevamente laboratorio (neutropenia), ecografía abdominal y testicular (sin particularidades), radiografía de tórax normal y pancultivos negativos. Se complementó con TC de tórax – abdomen que informó patrón consolidativo en lóbulo inferior derecho acompañado de imágenes ganglionares mediastinales y retroperitoneales no en rango adenomegálico.

Los diagnósticos diferenciales que se plantearon fueron: Neutropenia cíclica, Linfoma, Neumonía atípica, Tuberculosis y/o Infección viral. Se solicitaron serologías para Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus, Hepatitis, VIH, Parvovirus, BAAR en esputo. Se interconsultó al Servicio de Cirugía para realizar biopsia de ganglio mediastinal, a la cual el paciente se negó.